

виту самосознания и индивидуальности [6]. Это еще раз подтверждает их практическую направленность.

Таким образом, большинство концепций структуры самосознания можно разделить на три группы в зависимости от основания: концепции, основанные на процессах, концепции, описывающие самосознание как иерархию уровней, концепции, в основе которых – содержание самосознания. Представленные концепции имеют как достоинства, так и недостатки. Кроме того, сравнивая описанные концепции, можно отметить наличие некоторой терминологической рассогласованности. В частности, ученые по-разному смотрят на такие понятия, как «Я-концепция», «образ Я», «рефлексия» и на их место в теории самосознания. Это и дает нам основания считать, что изучение феномена самосознания все еще остается актуальным для современного исследователя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айсмонтас Б.Б. Общая психология: Схемы. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. – 288 с.
2. Алексеев В.А. Развитие самосознания на рубеже подросткового и юношеского возрастов. Дисс. канд. пс. наук. – М., 1985. – 147 с.
3. Богданова О.В. Самосознание как фактор профессионального самоопределения практического психолога: Диссертация канд. психол. наук. – М., 2003.
4. Болотова А.К. Развитие самосознания личности: временной аспект // Вопросы психологии. №2. – 2006. – С. 116-125.
5. Иващенко А.В., Агапов В.С., Барышникова И.В. Я-концепция личности в отечественной психологии. Монография. – М.: МГСА, 2000. – 155 с.
6. Лебедеко Е.Н. Развитие самосознания и идентичности. Выпуск 2. Кто Я?!: Методическое руководство. – М.: Книголюб, 2007. – 40 с.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2004. – 713 с.
8. Селезнева О.В. Динамика становления когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов самосознания на протяжении подросткового и юношеского возрастов: дисс. к. пс. н. – Комсомольск-на-Амуре, 2006.
9. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 286 с.
10. Тихонова А.А. Самосознание и прогнозирование: акмеологические аспекты. Монография по психологии. – Ульяновск: Вектор-С» 2008. – 96 с.
11. <http://www.vfly.ru/school.htm>
12. <http://rl-online.ru/articles/2-02/92.html>

E. Panina

THE ANALYSIS OF RUSSIAN CONCEPTS OF SELF-CONSCIOUSNESS STRUCTURE

Abstract. The article under consideration contains the analysis of Russian concepts of self-consciousness structure. Three groups of the concepts describing structure of self-consciousness as set of processes, as hierarchy of levels and as sequence of substantial links appear as the result of the analysis.

Key words: self-consciousness structure, self-regulation, self-attitude, self-knowledge, self-consciousness levels, the self-consciousness maintenance.

УДК 159.9

Иванова А.Р.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ*

Аннотация. В работе проведено комплексное медико-психологическое обследование пациенток с различными формами бесплодия (трубно-перитонеальное, эндокринное, сочетанное). Установлена причинно-следственная связь степени выраженности психоэмоциональных реакций женщин от формы и длительности бесплодия, особенностей соматического здоровья, социальных факторов и внутрисемейных отношений. Доказано, что у подавляемого большинства женщин с бесплодием имеют место психоэмо-

циональные нарушения, представленные, в основном, в виде тревожных, тревожно-депрессивных и депрессивных реакций. Определены психогенные факторы медицинского и немедицинского характера, оказывающие благоприятное влияние на исход лечение бесплодия. Установлено, что включение психокоррекции в комплексное лечение бесплодия с учетом патогенеза инфертильности, характера психоэмоциональных нарушений, этапов и видов лечения позволяет значительно снизить удельный вес и степень выраженности психоэмоциональных реакций и повы-

* © Иванова А.Р.

суть эффективность лечения.

Ключевые слова: медико-психологическое обследование пациенток с различными формами бесплодия, психоэмоциональные нарушения, психогенные факторы медицинского и немедицинского характера.

По данным ВОЗ, проблема бесплодия является в современном обществе в условиях депопуляции одной из наиболее актуальных медико-социальных и психологических демографических проблем, которая обусловлена сочетанием социального, психического неблагополучия и, практически всегда, физического нездоровья и психологического напряжения в семье.

Частота бесплодных браков колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Так, по данным различных авторов, распространенность бесплодия в европейских странах в среднем составляет около 14%, в Российской Федерации колеблется от 8 до 17,8%, а эффективность лечения данной патологии представляется явно недостаточной [2].

По мнению ряда авторов [3,4,5] большое влияние на фертильность и, соответственно, на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и, в большей степени, их психологические и психоэмоциональные особенности. В связи с этим все большую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных реакций у женщин с бесплодием, что обусловлено как широкой распространенностью этих нарушений в популяции, так и недостаточной изученностью влияния психического здоровья на репродуктивную систему человека, что значительно повышает относительный риск развития бесплодия [1, 6].

Несмотря на значительное число работ, посвященных изучению формирования психоэмоциональных нарушений, до настоящего времени остаются недостаточно изученными ряд вопросов, касающихся взаимосвязи патогенетических особенностей женского бесплодия и психологических характеристик пациенток, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Целью исследования являлось установление взаимосвязи различных форм женского бесплодия и психологических характеристик пациенток с учетом длительности бесплодия, а также определение психологических факторов, достоверно ухудшающих исходы лечения.

Отбор женщин для проведения данно-

го исследования осуществляли на базе профильных отделений родильного дома № 2 г. Калининграда в период с января 2005 года по ноябрь 2008 года. Под нашим наблюдением находились 102 бесплодные женщины, которые по результатам проведенного обследования были представлены с точки зрения причин первичной и вторичной стерильности следующим образом:

- трубно-перитонеальное бесплодие – 30 женщин;
- бесплодие эндокринного генеза (ановуляция, гиперандрогения) – 47;
- бесплодие сочетанного происхождения – 25.

Исходя из характера работы, были проведены специальные клинико-психологические и социологические обследования.

Социологическое исследование проводилось методом активного анкетирования женщин по специальным тестам (анкета общего состояния здоровья), отражающих длительность бесплодия, социальные, семейные и производственные аспекты жизни пациенток.

Оценка психоэмоционального статуса проводилась с помощью тестов Бека и Спилберга. Методика Бека (1998 г.) служит для выявления депрессии и состоит из 21 группы утверждений. В каждой группе пациентка выбирала одно утверждение, наилучшим образом отражающее ее самочувствие в течение последней недели.

Методика Спилберга (2000 г.) предназначена для диагностики тревоги. Состоит из двух частей, служащих для определения тревожности в данный момент и обычно. Каждая часть включает 20 утверждений, которые сопровождаются четырьмя видами комментариев. Пациентка выбирала любой в зависимости от своего самочувствия.

Статистическая обработка полученных результатов и проверка достоверности различий проводилась для параметрических вариантов при помощи t-критериев Стьюдента, а непараметрических – с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

Оценка психоэмоционального состояния обследованных женщин с различными формами бесплодия выявила его нарушение у 81 из 102 пациенток (79,4% наблюдений).

Психоэмоциональные нарушения были представлены достаточно широким кругом психологических реакций – тревожные – 46,1%, тревожно-депрессивные – 24,5%, невротические – 2,9%.

Следует отметить, что при трубно-пери-

тонеальном бесплодии удельный вес женщин с психоэмоциональными нарушениями был наименьшим – 70,0% с преобладанием тревожных и тревожно-депрессивных реакций, наличие депрессивного компонента в этой группе не отмечено.

При бесплодии эндокринного и сочетанного генеза удельный вес психоэмоциональных реакций составил соответственно 85,1% и 80,0%, что достоверно выше, чем при трубно-перитонеальном бесплодии. Необходимо подчеркнуть, что в этих группах пациенток по сравнению с бесплодием трубно-перитонеального генеза имела место также тенденция к углублению психоэмоциональных реакций в сторону тревожно-депрессивных и депрессивных компонентов. Целесообразно отметить, что в возрасте старше 35 лет удельный вес тревожно-депрессивных реакций составил почти половину наблюдений.

Присоединение депрессивного компонента у 3 (2,9%) женщин, вероятно, связано с особенностями реагирования во время обследования и лечения бесплодия, которые зависят от типа личности длительности бесплодия и целого ряда социальных факторов.

В нашем исследовании преобладали женщины старше 35 лет, составив более половины случаев наблюдения – 53,9%, в связи с чем определённый интерес представляют данные их социально-демографических характеристик и взаимосвязь с длительностью лечения бесплодия.

Удельный вес служащих при бесплодии составил 44,1%, из них – одна треть занимали руководящие посты. Высшее образование имели более половины женщин с бесплодием, среднее специальное – одна треть. Подавляющее большинство женщин с бесплодием имели средний достаток (47,6%) или выше прожиточного минимума (45,5%) на каждого члена семьи, т.е. были материально обеспечены. Отдельное или собственное жильё имели 40,2% женщин с бесплодием, большая часть из них проживали с родителями и/или родственниками (44,1%), а 15,6% женщин – в коммунальных квартирах или общежитии. Состояли в браке, имели постоянного полового партнёра около 80,0% женщин с бесплодием, в то же время каждая пятая пациентка была одинокой и хотела родить ребёнка «для себя».

При сравнении инфертильных женщин с группой контроля по социально-экономическому статусу различия носили достоверный характер по следующим показателям: уровень образования, материальный доста-

ток, работа служащей, пребывание в брачных узах или наличие постоянного полового партнёра.

Как правило, развитию психоэмоциональных реакций предшествовали разнообразные психогенно-травмирующие ситуации, анализ которых позволил выделить следующие типы психогенных факторов у инфертильных женщин: отсутствие детей, лечение от бесплодия, смерть и/или болезни близких родственников, неустроенность личной жизни, неудовлетворённость во взаимоотношениях с супругом и/или его родственниками (свекровь), жизненные проблемы у детей, проблема возраста.

Проведённое исследование позволило прийти к заключению, что психогенные моменты выполняли роль триггерного фактора и непосредственно участвовали в формировании психопатологической симптоматики.

Как было отмечено выше, средняя длительность лечения у женщин с бесплодием составила $6,9 \pm 2,1$ лет, причём, наименьшая средняя длительность лечения отмечена при трубно-перитонеальном бесплодии ($4,5 \pm 1,7$ лет), достоверно наибольшая – при сочетанном и эндокринном бесплодии (соответственно $6,8 \pm 1,7$ и $6,1 \pm 1,7$ лет). Вероятно, это можно объяснить большой популярностью в настоящее время методов эндохирургического лечения и вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с непроходимостью маточных труб, с которыми они связывают надежды на скорейшее наступление беременности.

Анализ взаимосвязи психоэмоционального состояния пациенток с длительностью лечения показал, что при длительности лечения до 5 лет характерны тревожные реакции (более 60,0% наблюдений). По мере увеличения продолжительности лечения бесплодия удельный вес тревожных реакций снижался за счёт углубления, трансформации симптоматики и присоединения депрессивного компонента, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии длительного лечения бесплодия на частоту и характер психоэмоциональных нарушений.

Необходимо отметить, что наиболее наглядно эта закономерность проявлялась при эндокринном бесплодии, при котором психоэмоциональные реакции появлялись в более ранние сроки лечения и были более выраженными, чем при трубно-перитонеальном бесплодии.

В процессе обследования и лечения бесплодия нами определены наиболее значимые

факторы с точки зрения психогенного воздействия медицинского и немедицинского характера. Из психогенных факторов медицинского характера около половины пациенток выделили оперативные и инвазивные методы обследования и лечения (лапароскопия, гистероскопия, гистеросальпингография), примерно 40,0% ультразвуковое исследование органов малого таза, а каждая третья – гормональное лечение и даже процедуру взятия проб крови.

Необходимо отметить, что число пациенток, которые в качестве психогенных факторов отметили факторы немедицинского характера было достоверно выше (более 70% наблюдений). К указанным факторам отнесли переживания в связи с неопределённостью относительно успешного наступления беременности, возможного влияния негативного результата лечения в плане наступления беременности на семейно-супружеские взаимоотношения, а также – ожидание наступления беременности.

Таким образом, проведённое исследование показало, что у подавляющего большинства (79,4%) женщин с бесплодием имеют место различные психоэмоциональные нарушения, которые, в основном, представлены в виде тревожных, тревожно-депрессивных и депрессивных реакций. Частота и степень выраженности психоэмоциональных реакций у бесплодных женщин находятся в прямой зависимости от длительности лечения бесплодия, его патогенетических форм и социального статуса женщины. По мере увеличения длительности лечения бесплодия (более 5 лет) отмечается снижение частоты тревожных реакций и трансформация симптоматики за счёт ее углубления и присоединения депрессивного компонента. Психогенные факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на исход лечения бесплодия, могут быть немедицинского и медицинского характера. Психогенными факторами немедицинского характера являются длительность лечения бесплодия, возраст пациенток (старше 35 лет), проблемы в семейно-супружеских отношениях (совместное проживание с родителями или родственниками мужа, наличие золовки с детьми), неопределённость относительно успешного наступления и вынашивание беременности. Психогенными факторами медицинского характера следует считать оперативные вмешательства, инструментальные методы обследования и лечения, гормональную терапию.

Результаты проведённого нами исследова-

ния свидетельствуют о настоятельной необходимости обследования женщин с бесплодием различного генеза в процессе комплексного лечения на предмет выявления наличия психоэмоциональных нарушений путём проведения психологического тестирования. Кроме этого, целесообразно выявление психогенных факторов немедицинского и медицинского характера, оказывающих отрицательное влияние на психологическое состояние пациентки, и, следовательно, исход лечения.

При выявлении и оценке психоэмоциональных нарушений целесообразно решение вопроса о проведении психокоррекции с учётом генеза бесплодия и этапа лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вознесенская Т. Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий // РМЖ. – 2006. Т. 14. № 9. – С. 694-697.
2. Кулаков В. И., Хритинин Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Кулакова Е.В. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в процессе проведения экстракорпорального оплодотворения. Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. № 3 (7). – 2006. – С. 29-35.
3. Кулакова Е. В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – С. 27.
4. Лаврова Т.Н. Психогенные депрессии невротического уровня у женщин (клинико-типологические, психосоматические, иммунохимические аспекты) // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
5. Draye M. A. Emotional aspects of infertility // Current care for women: Diagnostic and Treatment / Ed. Lemchke D. P., Pattison J., Marshal L. A., Cowley D. S. – Lange medical books / McGraw-Hill, 2004. – P. 572-577.
6. Filder A. T., Bernstein J. Infertility: from a personal to a public health problem // Public Health Rep. – 2000. – Vol. 115 1. – P. 6.

A. Ivanova MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN DURING INFERTILITY TREATMENT

Abstract. We carried out a comprehensive medical and psychological examination of patients with various forms of infertility (tubal-peritoneal, endocrine, combined). It is proved that the overwhelming majority of women with infertility have a place of psychoemotional disorders, presented mainly in the form of anxiety, depressive and anxiety-depressive reaction. Psychogenic factors identified medical and

non-medical nature, have a favorable influence on the outcome of infertility treatment. Found that the inclusion of psychological correction in the complex treatment of infertility in the light of the pathogenesis of infertility, the nature of psychoemotional disorders, stages and treatments can substantially reduce the weight and

severity of psycho-emotional reactions and improve the effectiveness of treatment.

Key words: medical and psychological examination of patients with various forms of infertility, psychoemotional disorders, psychogenic factors identified medical and non-medical nature.